



PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA
AL **DETERIORO COGNITIVO** EN EXTREMADURA

[PIDEX]



**problemas
de conducta
en las demencias**

GUÍA PARA FAMILIARES

[PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LAS DEMENCIAS]

GUÍA PARA FAMILIARES

EDITA

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Dependencia

Servicio Extremeño de Salud [SES]
Dirección General de Asistencia Sanitaria

Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía
y Atención a la Dependencia [SEPAD]
Dirección General de Promoción de la Autonomía
y Atención a la Dependencia

AUTORES

Sandra Bartolomé Alberca
Fernando Castellanos Pinedo
Manuel Cid Gala
Beatriz Crespo Cadenas
Beatriz Duque San Juan
Laura Jiménez Marín
Elena Luque Macías
Mónica Martín Muñoz
Beatriz Rodríguez Fúnez

DISEÑO, MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN

Indugrafic, Artes Gráficas, S. L.

© JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Dependencia

I.S.B.N.

978-84-96958-59-3

DEPÓSITO LEGAL

BA-XXX-2010

La ausencia de control en el comportamiento de las personas con demencia es uno de los aspectos que mayor sobrecarga ocasionan en el cuidador. Cuando el familiar que presta cuidados a personas con esta enfermedad, advierte que la conducta del enfermo parece que no responde a una “lógica concreta”, una consecuencia general muy probable es el desajuste del entorno familiar.

Las personas con algún tipo de demencia presentan –habitualmente– trastornos o comportamientos que pueden llegar a adquirir distintas formas: depresión, ansiedad, negarse a los cuidados, tirar la comida, ir de un lado a otro, hacer ruido, escaparse, insultar... Dichas conductas desencadenan en la persona que ha de cuidarles una sobrecarga emocional que se puede traducir en ansiedad, irritación, desánimo, abatimiento, pérdida de contactos sociales y un sin fin de estados más.

La formación adecuada, sobre todo en las causas que provocan este tipo de conductas y en cómo pueden ser manejadas, ayudarán a desmontar la falsa percepción del familiar sobre la perdurabilidad de los trastornos de conducta en la demencia y, por tanto, a atenuar la sintomatología relacionada con la sobrecarga del cuidador.

La Guía que tiene en sus manos ha sido diseñada por profesionales del SEPAD y del SES dedicados a la atención especializada a las demencias. Su objetivo fundamental es el de ayudarle en las tareas de cuidado que realiza en el domicilio a su familiar con demencia y, en concreto, en la difícil tarea de redirigir los comportamientos alterados en esta enfermedad.

En definitiva, esta guía pretende ofrecerle apoyo y formación en su rol de familiar-cuidador en forma de actuaciones concretas con las que mejorar su habilidad para manejar ciertos síntomas de la demencia.

Con nuestro sincero deseo de que esta guía que hoy ve la luz sea de utilidad para todos,

MARÍA JESÚS MEJUTO CARRIL

Consejera de Sanidad y Dependencia





[AUTORES]

▶ **Sandra Bartolomé Alberca**

Neuropsicóloga. Área de Salud de Badajoz.

▶ **Fernando Castellanos Pinedo**

Neurólogo. Coordinador Regional del PIDEX. Servicio Extremeño de Salud.

▶ **Manuel Cid Gala**

Psicólogo. Coordinador Técnico. Gerencia del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

▶ **Beatriz Crespo Cadenas**

Psicóloga. Coordinadora de Deterioro Cognitivo. Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

▶ **Beatriz Duque San Juan**

Neuropsicóloga. Área de Salud de Cáceres.

▶ **Laura Jiménez Marín**

Neuropsicóloga. Área de Salud de Mérida.

▶ **Elena Luque Macías**

Neuropsicóloga. Área de Salud de Don Benito-Villanueva.

▶ **Mónica Martín Muñoz**

Neuropsicóloga. Área de Salud de Llerena-Zafra.

▶ **Beatriz Rodríguez Fúnez**

Neuropsicóloga. Área de Salud de Plasencia.





[ÍNDICE]

[1] INTRODUCCIÓN	13
[2] ¿CÓMO SE MODIFICA UNA CONDUCTA?	19
[3] CONSEJOS GENERALES	25
[4] PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LAS DEMENCIAS	35
[5] CONSIDERACIONES FINALES	63
[6] BIBLIOGRAFÍA	67





[INTRODUCCIÓN]

1.1 CAUSAS MÉDICAS DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA	16
1.2 CAUSAS RELACIONADAS CON EL ENTORNO	16
1.3 CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA	17
1.4 CAUSAS RELACIONADAS CON LA COMUNICACIÓN	18

[1] INTRODUCCIÓN

La demencia es la pérdida de facultades mentales a consecuencia de un proceso de degeneración cerebral. Suele afectar a personas mayores y su causa más frecuente en nuestro medio, aunque no la única, es la enfermedad de Alzheimer.

Las personas con demencia presentarán a lo largo de la enfermedad trastornos del comportamiento tales como síntomas depresivos, ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño, agresividad, manifestación de quejas e insultos, actitud negatista, etc. Estos síntomas se denominan conductuales y psicológicos y pueden aparecer hasta en el 90% de las personas diagnosticadas de demencia. Son la primera causa de institucionalización de los pacientes, ya que determinan la calidad de vida del enfermo y su familia.

Los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias pueden deberse a múltiples causas. Citaremos las causas médicas, y las relacionadas con el entorno, la tarea y la comunicación.

1.1 CAUSAS MÉDICAS QUE PUEDEN CAUSAR PROBLEMAS DE CONDUCTA

- ▶ **Efectos secundarios de los medicamentos:** Los medicamentos pueden causar confusión, así como cambios en el nivel de funcionamiento.
 - *Informe al médico de los cambios que están ocurriendo en la persona.*
- ▶ **Déficit sensoriales:** Es importante evaluar si existen problemas de visión o de oído que puedan estar causando problemas de comportamiento.
 - *Lleve a su familiar a revisiones periódicas*
- ▶ **Enfermedades:** cualquier enfermedad como una infección urinaria, neumonía, infección gastrointestinal, etc. que produzca fiebre, agravará la confusión en la persona con demencia.
 - *Observe y recuerde los síntomas asociados en ocasiones anteriores, en caso de duda acuda al médico de atención primaria.*

1.2 CAUSAS RELACIONADAS CON EL ENTORNO

- ▶ **Espacios muy grandes y/o desordenados:** A veces el lugar donde la persona habita es espacioso y puede estar desordenado y causar confusión.
- ▶ **Exceso de estimulación:** Cuando hay mucha actividad en el ambiente (música mientras se conversa, demasiada gente

alrededor, etc.), la persona con demencia puede reaccionar con enojo o frustración.


- ▶ **Elementos decorativos, muebles e iluminación:** La poca o mucha iluminación, los contrastes visuales entre la pared y el suelo, el exceso de muebles, los espejos, etc pueden desencadenar problemas de conducta.
- ▶ **Ausencia de rutinas y entorno del paciente desorganizado:** Las personas que sufren demencia necesitan cierta rutina y estructura diaria.
- ▶ **Entorno desconocido:** Los entornos poco conocidos dificultan la orientación y crean más confusión.

1.3 CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA

- ▶ **Tarea complicada:** a veces le pedimos a la persona con demencia que lleve a cabo tareas que son demasiado difíciles aunque parezcan simples para nosotros. Un ejemplo puede ser vestirse o bañarse.
- ▶ **Tarea desconocida:** Las personas con demencia pierden gradualmente la habilidad para aprender tareas nuevas. Si le pide que haga algo que nunca ha realizado, no será capaz de aprenderlo aunque sea muy simple. Por ejemplo, si cambian un electrodoméstico será incapaz de aprender cómo se maneja.
- ▶ **Demasiadas tareas a realizar:** Ya no es capaz de hacer dos o tres cosas y mucho menos si se le piden a la vez, no saben cómo organizarse, en qué orden deben hacer las cosas, las dejan a medias y comienzan otra, etc.

1.4 CAUSAS RELACIONADAS CON LA COMUNICACIÓN

- ▶ Dificultades de comprensión y/o de expresión: La comunicación entre la familia y la persona con demencia es extremadamente importante y difícil. Muchas veces la persona con demencia se enoja o se agita porque no entiende que es lo que se espera de ella, o se frustra porque no puede hacerse entender.



[¿CÓMO SE MODIFICA UNA CONDUCTA?]

2.1	DEFINA EL PROBLEMA O CONDUCTA QUE SE DESEA CAMBIAR	21
2.2	RECABE INFORMACIÓN SOBRE EL PROBLEMA ESPECÍFICO: ¿QUÉ SUCEDE ANTES Y DESPUÉS DE QUE OCURRA EL PROBLEMA?	22
2.3	PROPÓNGASE PLANES Y METAS REALISTAS	23
2.4	ANALICE LOS RESULTADOS	23

[2] ¿CÓMO SE MODIFICA UNA CONDUCTA?

2.1 DEFINA EL PROBLEMA O CONDUCTA QUE SE DESEA CAMBIAR

Antes de hacer cambios hay que saber qué es lo que se desea cambiar. Por tanto, en primer lugar usted debe definir la conducta que se quiere modificar. La definición de la conducta debe ser realizada de forma concreta y específica. No servirían de nada las siguientes definiciones del problema: “que no sea tan perezoso”, “que no sea tan tozudo”, etc, ya que dichas etiquetas son demasiado generales y no se puede cambiar algo tan poco definido. Debe ser más específico y concreto, para ello es útil realizarse las siguientes preguntas:

- ▶ ¿Qué es exactamente lo que el enfermo hace o no hace y que tanto molesta?
- ▶ ¿Qué es exactamente lo que quisiera que hiciera más o menos a menudo? (Ej: “conseguir que salga a pasear al menos 5 días a la semana”, “que chille y grite menos”, etc.)
 - *Aborde un solo problema cada vez, nunca varios. Si se hacen demasiadas modificaciones en el cuidado de un paciente éste puede confundirse.*

2.2 RECABE INFORMACIÓN SOBRE EL PROBLEMA ESPECÍFICO: ¿QUÉ SUCEDE ANTES Y DESPUÉS DE QUE OCURRA EL PROBLEMA?

El familiar puede tener la impresión de que el problema sale “de la nada”. Sin embargo, observar los eventos que preceden inmediatamente al comportamiento puede ser de ayuda para identificar los factores que lo disparan.

- *Observe cuándo sucede la conducta-problema, con qué frecuencia aparece, dónde ocurre con mayor frecuencia, en presencia de quién, etc.*
- *Recoja por escrito durante unos días esta información.*

De esta forma podremos identificar algunos **desencadenantes** de la conducta.

- Que el enfermo se ve en el espejo y no se reconoce.
 - Hay demasiada estimulación a su alrededor, mucho ruido.
 - Quiere expresar una necesidad y no es capaz.
 - No comprende algo y está confuso.
 - Está aburrido y necesita hacer alguna actividad.
 - No reconoce a su familiar o su propia casa, etc
- *Observe además las consecuencias, es decir, qué cosas suceden después de que aparezca la conducta-problema. Estas incluyen: la reacción de las personas del entorno del paciente, los cambios en el entorno y en la conducta del enfermo.*

Ejemplo:

Desencadenante: Pérdida de un objeto.

Conducta- Problema: El paciente se pone nervioso y acusa a algún familiar de robo.

Consecuencia 1: El familiar se enfada, trata de hacerle recordar dónde ha puesto el objeto extraviado y de hacerle entender que es él quién lo ha perdido.

Consecuencia 2: Esto hace que el enfermo se ponga aún más nervioso, irritable y agresivo.

2.3 PROPÓNGASE PLANES Y METAS REALISTAS

- *Plantee objetivos realistas. Comience con metas pequeñas, fáciles de conseguir. Una meta realista no es conseguir que todos los problemas de conducta desaparezcan completamente y para siempre.*
- *Piense en términos relativos. El objetivo puede ser que la conducta aparezca con menos frecuencia, que sea menos intensa, que dure menos, que provoque menos malestar al enfermo y/o que el cuidador la tolere mejor.*
- *Deje tiempo para que los cambios ocurran, los cambios significativos no suceden de la noche a la mañana.*

2.4 ANALICE LOS RESULTADOS

Si se consigue alguno de los objetivos propuestos, las modificaciones realizadas habrán tenido éxito y por tanto, habrá que mantener los cambios que se han realizado. No obstante, a lo largo de la enfermedad podrán surgir otros problemas de conducta y el plan que ha funcionado durante un tiempo, puede dejar de ser eficaz. Si es así, se tendrá que comenzar de nuevo el proceso: volver a definir la conducta, buscar desencadenantes, buscar consecuencias, etc.

En la siguiente página se ofrece un esquema-resumen con los pasos a seguir para modificar una conducta.

RECUERDE...

**Describa la conducta
que se desea modificar**

(Identificar el problema)

**Observe qué suele suceder
antes de esa conducta**

(Desencadenantes)

**Observe qué suele suceder
después de la conducta**

(Consecuencias)

**Piense qué modificaciones se pueden
realizar para que sea menos probable
que aparezca la conducta**

(Modificar los desencadenantes).

**Piense que modificaciones se pueden
realizar para cambiar las consecuencias
que mantienen la conducta**

(Modificar las consecuencias)

Propónganse un plan y metas realistas

**Mantenga las modificaciones que
estén siendo útiles y revise el plan
cuando deje de tener éxito**



[CONSEJOS GENERALES]

3.1 FOMENTE LA AUTONOMÍA DEL ENFERMO	27
3.2 MINIMICE EL ESTRÉS	29
3.3 ESTABLEZCA RUTINAS	30
3.4 MANTENGA LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO	30

[3] CONSEJOS GENERALES

A continuación se ofrecen unos consejos que pretenden hacer más fácil la convivencia con los enfermos.

3.1 FOMENTE LA AUTONOMÍA DEL ENFERMO

No es recomendable proteger en exceso a la persona con demencia, es mejor ayudar sólo lo necesario. Para ello, es útil dividir algunas tareas en pequeñas partes o sub-tareas y dejarle participar en aquella parte que sea capaz de realizar sin ayuda. Por ejemplo:

- *La tarea de vestirse se puede dividir en: elegir el vestido adecuado a la estación del año, elegir prendas que combinen bien, saber el orden en el que se deben poner, ponérselas y por último abrochar, anudar o subir cremalleras.*

Raramente la persona falla en el proceso entero excepto en etapas avanzadas de la enfermedad.

- *Otro caso frecuente son los fallos al cocinar, si no se acuerda de cómo se hace un determinado plato o no recuerda qué ingredientes se necesitan, es preferible dejarle*

los ingredientes preparados y la receta escrita o supervisar el proceso mientras lo realiza antes que consentir que abandonen completamente esa actividad.

Esto es igualmente aplicable a otro tipo de tareas domésticas como hacer la cama o barrer un espacio concreto de la casa donde no haya que mover muebles.

Ejemplos para facilitar algunas tareas:

- Use velcro y corchetes, en lugar de botones, cremalleras y cordones.
- Maquinillas eléctricas en lugar de cuchillas de afeitar.
- Peinado fácil de arreglar.
- Elimine complementos y prendas difíciles de poner como los pantys y combinaciones en el caso de las mujeres, etc.

En aquellas partes de las tareas que realizamos nosotros, **decir en voz alta lo que estamos haciendo.**

En los casos en que sea necesario, **iniciar la tarea** (guiar con la mano y después retirar la ayuda).

Otras veces bastará con ir diciendo lo que tienen que hacer:

- *Dé sólo una orden y cuando la ejecute, dé la siguiente (ej: a la hora del baño, se le puede ir diciendo: “quítate la camisa” y cuando lo haga, “ahora quítate la falda” y si la cremallera de la falda se la hemos bajado nosotros mientras lo hacemos, verbalizar: “ahora te ayudo a bajarte la cremallera”, etc.)*

En definitiva: adapte la ayuda al grado de dependencia de la persona.

3.2 MINIMICE EL ESTRÉS

Intente que el clima de alrededor sea tranquilo, evite el desorden, hablar demasiado alto, etc.

Evite las prisas. Debemos contar con que necesitaremos destinar el doble de tiempo para realizar una tarea concreta; por tanto, **programe sus actividades diarias** teniendo en cuenta esto.

El cuidado de una persona con demencia puede ser agotador. Si usted es el cuidador principal: **tenga momentos de respiro** o de lo contrario será difícil mantener la calma.

Intente aceptar las limitaciones del enfermo. Puede ser difícil entender que hay cosas que la persona no puede hacer porque las ha olvidado.

Si pierden algún objeto, **no le haga recordar dónde lo puso la última vez o le riña por los errores que comete; busque alternativas** (ver de qué forma se puede conseguir que esos errores sean menos frecuentes).

Tenga en cuenta que cuando la persona ha tenido un carácter fuerte y difícil de siempre, es más difícil entender que la enfermedad es la causa de la irritabilidad, de la agresividad, de la apatía, etc.

Por último, recuerde que es la enfermedad la que causa los problemas de conducta, **NO EXISTE INTENCIONALIDAD.**

3.3 ESTABLEZCA RUTINAS

Se debe ofrecer un modo de convivencia sencillo y simplificado donde la rutina sea fundamental. La rutina es importante porque la repetición de una conducta y la constancia del horario ofrece seguridad y confianza y además ayuda a predecir lo que viene después de una tarea (ej: después del baño toca cenar) y esto da cierta sensación de control.

Por tanto:

- *Establezca rutinas y procure estabilidad en todo momento. Fije tiempos y horarios para las distintas actividades que se lleven a cabo con la persona (aseo diario, las horas de comida y sueño...). Trate de que los cuidadores sean pocos y siempre los mismos y que se desplacen ellos en lugar del paciente.*
- *Respete en la medida de lo posible los gustos, costumbres y hábitos que la persona tenía antes de la enfermedad.*

3.4 MANTENGA LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO

La enfermedad de Alzheimer y la mayor parte de las enfermedades que causan demencia afectan de manera muy importante a la capacidad de expresión del enfermo. Con los primeros síntomas y a medida que avanza la enfermedad surgen dificultades para hablar y comprender. Las personas con esta enfermedad pueden tener dificultad para encontrar la palabra deseada, pueden sustituir una palabra por otra que suene parecido (ej: martillo por rastrillo) o que tengan un significado similar (cuchillo por cuchara) y otras veces darán ro-

deos para decir la palabra (ej: “lo que sirve para cortar” para referirse al cuchillo). Todas estas dificultades harán cada vez más difícil comprender lo que nos quiere decir. Además, llegará un momento en que tampoco le comprenda a usted y sea necesario recurrir a la comunicación no verbal (gestos, miradas, caricias, sonrisas, etc.)

Una adecuada comunicación con el enfermo es importante porque favorece la relación y el cuidado, además de hacerle sentir mejor y más comprendido. Procure mantener un nivel óptimo de comunicación con la persona a lo largo de toda la enfermedad, aunque el deterioro sea importante. Son recomendable acciones como las siguientes:

- **Busque lugares tranquilos para conversar, evite todo aquello que pueda distraerlo.**
- **Sea receptivo a cualquier intento de comunicación con la persona.** *Hacerle saber que le escuchamos y que intentamos entenderlo. Mírele a la cara mientras le habla, colóquese frente al paciente y si le es posible mantenga un suave contacto físico con él, por ejemplo, tocándole suavemente el brazo.*
- **Déle el tiempo que necesite para pensar y responder.** *La enfermedad entorpece el procesamiento de la información y su tiempo de reacción está disminuido. Si no responde tras unos segundos, repita su pregunta o comentario, pero hágalo exactamente con las mismas palabras que lo hizo anteriormente.*
- **Al dirigirse a la persona con demencia, hágalo llamándole por su nombre.** *Esto le ayuda a orientarse y es una primera forma de captar su atención. Si es preciso, identifíquese para evitar dificultades de reconocimiento.*

- **Al iniciar la conversación acérquese a la persona de frente, y hable lenta y claramente** mediante la utilización de frases cortas y palabras familiares.
- Haga **preguntas que se puedan responder con un sí o un no** (ej: *¿salimos a pasear?* en lugar de *¿qué te apetece hacer ahora?*). Son más fáciles de entender.
- **Repita las preguntas o la información tantas veces como sea necesario, hágalas de una en una y espere siempre su respuesta antes de formular la siguiente.**
- Cuando sea necesario **dele instrucciones de una en una.**
- Evite las frases hechas, los refranes, las frases con doble sentido, las bromas, etc., ya que con la enfermedad se pierde la capacidad para comprender este tipo de expresiones y pueden crear confusión.
- **Evite los interrogatorios para ayudarlo a recordar,** dado que pueden provocar mucha ansiedad. No discuta con él en términos de lógica o razonamiento, porque la enfermedad hace que la persona vaya perdiendo esta capacidad. No intente sacarle de un error y, si es preciso, corrija el acto erróneo sin ponerlo de manifiesto.
- Formule frases en positivo (se entienden mejor); es decir: **se le dice lo que tiene que hacer, no lo que no tiene que hacer.** Ej: es preferible decirle "quédate en el salón" que "no te muevas del salón".
- Cuando no sea capaz de decir una palabra, **indique con el dedo y nómbrela en su lugar, o bien déle pistas,** para ayudar al enfermo a encontrar la palabra deseada.

- *Ante frases incompletas o largas exposiciones resulta útil **utilizar la reformulación** (devolverle alguna palabra, sentimiento o significado de lo que han transmitido). Esto les ayuda a continuar hablando y a saber que se les está comprendiendo.*
- ***Evite la expresión “¿te acuerdas de.....?”** Puede producir en el enfermo frustración cuando es obvio que no se acuerda y preguntarle si recuerda algo le pone en un aprieto.*
- ***Evite las expresiones que examinen la capacidad de su memoria.** Por ejemplo, es preferible decir “Ha venido a verte tu amigo Miguel” en lugar de “¿sabes quién es?, ¿recuerdas a tu amigo Miguel?”, o decir “Hola Papá, soy Sofía” en vez de preguntarle “¿Sabes quién soy?”*

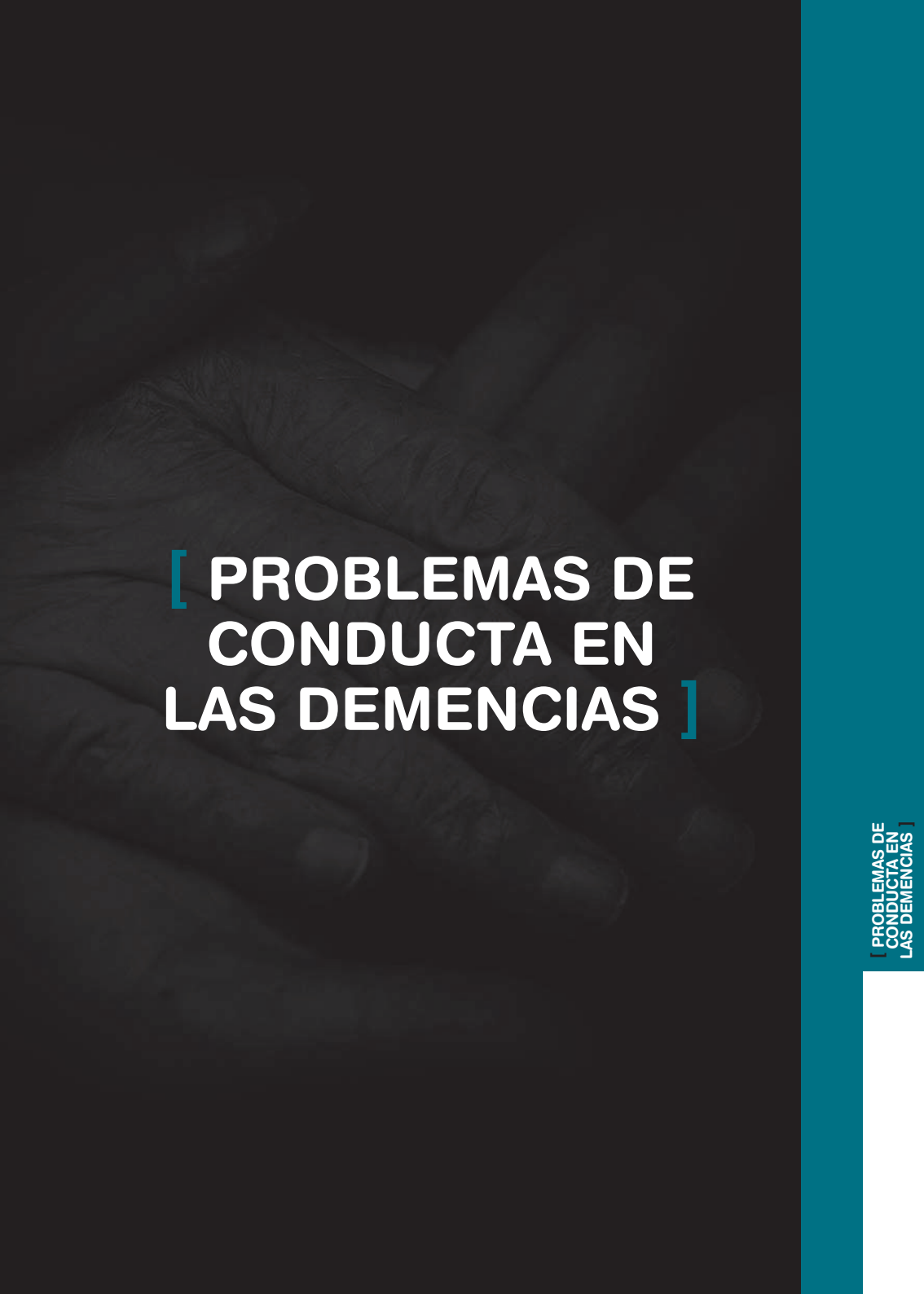
A medida que avanza la enfermedad la comunicación no verbal (tono, gestos, mirada, postura, caricias, etc.) es básica en los pacientes con demencia. La comunicación no se pierde nunca, aunque desaparezca el lenguaje. Por ello:

- *Animelo a **comunicarse de manera no verbal**, es decir, con gestos, muecas, indicaciones, etc., ya que le resulta más sencillo.*
- ***Acompañe el habla con gestos ligeramente exagerados y apóyese en la expresión facial** y otros signos de comunicación no verbal.*
- ***Háblele y enséñele objetos** relacionados con lo que le estamos diciendo.*
- *Cuando no comprenda lo que le quiere decir, **céntrese en los sentimientos que quiere expresar y no en los***

hechos o las palabras que intenta comunicar, ya que las emociones son más importantes (ej: "Hay algo que no te ha gustado, te veo enfadado" y posteriormente tratar de tranquilizarle).

- **Háblele al enfermo como a un adulto**, no como si se tratara de un niño. Evite las palabras, frases y el tono de voz que empleamos cuando nos dirigimos a un bebé o un niño. Aunque su conducta se asemeje a la de un niño, no son niños.
- **No corrija, critique ni discuta lo que dice.** Sólo conseguiríamos empeorar la situación.
- Es muy gratificante para el enfermo **hablar sobre su pasado** y cuando sea posible **mantenga una conversación sobre este tema**; ésta es una buena forma de comunicarnos y estimularlo.
- **Recuérdelo e infórmele de lo que van a hacer o dígame lo que está haciendo.** Esto suele reducir la **ansiedad** porque disminuye la confusión y la incertidumbre y le ayuda a orientarse.
- Una buena forma de comunicación es la lectura. Anímele a leer y si no sabe leer o lo ha olvidado, léale usted durante un rato un pequeño texto, una revista o cualquier material que pueda interesar al paciente.

Y recuerde siempre que la persona con demencia debe ser tratada con respeto y dignidad.



[PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LAS DEMENCIAS]

4.1 DELIRIOS	38
4.2 ALUCINACIONES	41
4.3 DEPRESIÓN	44
4.4 APATÍA	46
4.5 AGITACIÓN Y AGRESIVIDAD	48
4.6 PROBLEMAS DERIVADOS DE LA PÉRDIDA DE MEMORIA	50
4.7 TRASTORNOS DEL SUEÑO	54
4.8 DEAMBULACIÓN	56
4.9 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	58
4.10 CONDUCTA SEXUAL INAPROPIADA	60

[4] PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LAS DEMENCIAS

A continuación vamos a repasar los trastornos de la conducta más frecuentes en los pacientes con demencia. En cada uno de ellos se explicará cómo se manifiestan y se darán algunas recomendaciones básicas para enfrentarse a ellos.

4.1 DELIRIOS

Los delirios son ideas falsas que no están basadas en la evidencia. Es decir, la persona mantiene una idea falsa con una absoluta certeza y es imposible convencerle de lo contrario aunque existan pruebas evidentes (ej: una persona al ver a su hijo puede decir que esa persona no es su hijo, sino un doble que se hace pasar por él). Esta idea delirante la mantendrá con total convencimiento aunque usted trate de convencerle de su ausencia de lógica y demostrarle que está equivocado.

► **Los tipos de delirio** más frecuentes en las demencias son:

Delirio de perjuicio o daño: el enfermo cree que se le quiere hacer daño y perjudicarlo de alguna forma. Puede mostrarse muy suspicaz y desconfiado y tiende a interpretar cualquier gesto o conducta de forma negativa (ej: si le ve hablar en voz baja con alguien, pensará que hablan de él y que traman algo).

Delirio de robo: ante la pérdida de algún objeto personal surge el convencimiento de que se le está robando. El cuidador principal suele ser el blanco de estas acusaciones.

Delirio nihilista: consiste en la creencia de que uno mismo o los demás no existen realmente. Incluso puede llegar a estar convencido de que él mismo está muerto.

Delirios de falsa identificación: el paciente cree que las personas o lugares familiares han cambiado de identidad. Un tipo muy frecuente es el denominado delirio de Capgras que es la idea de que un impostor está ocupando el lugar del familiar y por tanto, esa persona no es su familiar sino

su doble. Son también frecuentes las falsas identificaciones de lugares; muy habitualmente es la propia casa la que no es reconocida como tal por el enfermo.

Delirio de abandono: afirman haber sido abandonados por sus familiares o seres queridos, se quejan de desatención, creyéndose desamparados en un lugar desconocido, solitario y aislado.

RECOMENDACIONES

Ante todo, trate de evitar cualquier posible desencadenante:

- Busque si existe algún desencadenante (ej: verse en el espejo, ver la cortina en movimiento, ver la televisión, no encontrar un objeto, etc).
- Intente crear un ambiente tranquilo, evitando estímulos que puedan llevar a falsas interpretaciones.
- En enfermos muy suspicaces, evite cuchichear en su presencia.

Respecto a las consecuencias, se debe intentar:

- Que el delirio no se convierta en una fuente de discusiones innecesarias, es decir, no rebata constantemente al paciente sobre su falsa creencia.
- No le siga la corriente ni pregunte cosas acerca de la idea delirante.
- Calme al paciente si se encuentra nervioso mediante algún gesto o palabra tranquilizadora.
- Desvíe su atención hacia temas reales, y a ser posible de su agrado, o hacia una actividad satisfactoria. Cuando consiga

centrar su atención en otra cosa, permanezca un tiempo a su lado realizando la tarea que ha conseguido orientarle.

- No le deje solo si está nervioso.
- Consulte al médico cuando sean de difícil manejo o cuando provocan miedo intenso, agresividad o agitación al enfermo.

RECUERDE...

AMBIENTE TRANQUILO, SIN RUIDOS

**EVITE CUCHICHEAR CON
OTRAS PERSONAS DELANTE DE ÉL**

**NO DISCUTA SOBRE LA IDEA
FALSA CON EL ENFERMO**

**NO LE SIGA LA CORRIENTE
SOBRE EL DELIRIO**

CALMARLE SI SE PONE NERVIOSO

**DISTRAER AL ENFERMO
CON ALGO QUE LE GUSTE**

4.2 ALUCINACIONES

Son percepciones en ausencia de un objeto o estímulo externo con total convencimiento de la realidad de dicha percepción (ej: dice ver una persona sentada a su lado y no hay nadie).

► Tipos de alucinaciones:

Visual: es el tipo más frecuente de alucinación en la demencia. El paciente ve personas, animales o destellos de luz. Las alucinaciones más frecuentes en casos de pacientes con demencia suele ser la visión de pequeños bichos (ej: refieren ver hormigas por el suelo, techo, etc.) o de personas fallecidas (refieren ver a sus padres, hermanos, etc.).

También es posible la percepción de cualquier otro tipo de material. Las alucinaciones visuales deben distinguirse de las ilusiones, que son percepciones erróneas de estímulos externos reales (ej: ve una sombra y le parece un bicho).

Auditiva: alucinación que implica la percepción de sonidos, más frecuentemente de voces.

Gustativa: implica la percepción de sabores (habitualmente desagradables). El paciente puede referir que toda la comida le sabe amarga.

Olfativa: implica la percepción de olores, por ejemplo, de goma quemada o pescado podrido.

Somática: Alucinación que implica la percepción de una experiencia física localizada en el cuerpo (tal como una sensación de electricidad).

Táctiles: implica la percepción de ser tocado o de tener algo bajo la propia piel. Las alucinaciones táctiles más frecuentes son sensaciones de descargas eléctricas y de hormigueo (la sensación de que algo se mueve o reptaba bajo la piel).

RECOMENDACIONES

Buscar desencadenante de la alucinación y/o ilusión:

- *Busque si existe algún tipo de ruido que pueda ser mal interpretado por la persona así como luces que pudieran ocasionar sombras, distorsiones de las superficies de muebles o paredes.*
- *Si la persona mira las cortinas de la cocina y ve un rostro, usted podría recoger, cambiar o retirar las cortinas.*
- *Si la persona insiste en estar viendo una persona extraña en el espejo, usted podría cubrir o quitar el espejo.*
- *Trate de mantener todas las áreas de la casa en orden y bien iluminadas.*
- *Consulte al especialista para que evalúe posibles defectos sensoriales (pérdida de visión, por ejemplo) y efectos secundarios de la medicación.*

Respecto a las consecuencias:

- **Tranquilícele y acérquese despacio** dentro de su campo visual, identificándose y diciéndole en todo momento quiénes somos.
- *El contacto físico (a no ser que sea interpretado como acto dominante o de alguna otra forma similar), puede tranquilizar.*
- **No se alarme** en estos casos y reaccione con calma sin poner nervioso al enfermo.
- **Distraiga al enfermo** llevándole a otra habitación, invítele a dar un corto paseo, buscar algún objeto...
- **No combata la alucinación y no la convierta en tema de debate.** Evite convencer al enfermo de lo irreal de su percepción.
- *Tampoco debe decirle que está de acuerdo con su percepción.*

- Recuerde que la persona puede preguntarle acerca de las alucinaciones que experimenta. Si esto ocurre **responda honestamente a sus preguntas**. Por ejemplo, la persona podría decir; “¿Has visto ese Señor que hay en el salón?” En este caso, usted podría responder; “Yo sé que has visto algo, pero yo no lo he visto.” De esta manera, usted no está negando lo que su familiar ve pero tampoco se involucra en una discusión.

RECUERDE...

RETIRE CORTINAS, ESPEJOS U
OTROS ELEMENTOS QUE
PUEDAN LLAMAR SU ATENCIÓN

CONSULTE A SU MÉDICO SI
EL COMPORTAMIENTO ES FRECUENTE

REACCIONE CON CALMA
SI SE ALTERA PORQUE PUEDA VER,
OÍR O SENTIR ALGO EXTRAÑO

LLÉVELO A OTRO LUGAR CUANDO
OCURRA LA ALUCINACIÓN

NO DISCUTA SOBRE LA ALUCINACIÓN
NO MIENTA AL ENFERMO

4.3 DEPRESIÓN

La depresión es frecuente en los pacientes con demencia.

Algunas veces la depresión puede ser una reacción del enfermo al ser consciente de la pérdida de sus capacidades (preferentemente al inicio de la enfermedad) y otras los síntomas depresivos se deben a los cambios cerebrales que se producen en la enfermedad.

Algunos signos de la depresión son los episodios de llanto, sentimientos de culpa, de ser una carga para los demás, preocupación excesiva por la salud, poco contacto ocular, poca espontaneidad, pérdida de capacidad para disfrutar de las cosas que antes le agradaban, etc.

RECOMENDACIONES

- *Si los síntomas son graves (es decir, si son frecuentes, intensos y prolongados), consulte con su médico.*
- *Intente que esté rodeado de sus seres queridos, pero si le molesta la presencia de mucha gente, es mejor que se regulen las visitas.*
- **Hágalo sentirse útil** *permitiendo que colabore en algunas tareas, esto le proporciona sentimientos de utilidad, seguridad y satisfacción.*
- **Intente evitar que fracase** *en las actividades en las que participe, por ejemplo simplifique la tarea u ofrézcale tareas sencillas y familiares, etc.*
- **No insista constantemente en que se anime o se alegre.** *Esto puede hacer que el paciente, además de*

*sentirse más triste, se sienta incomprendido. Es mejor que **empaticé** con él, algunas frases que demuestran que se le entiende son: “se que estás triste y me gustaría ayudarte”, “es normal que te sientas así”, o “si damos un paseo quizás te encuentres mejor”*

- **Mantenga a la persona activa.** *Si tenía alguna afición, debe intentar que la mantenga mientras sea posible. Aunque la depresión les hace perder la capacidad de disfrutar de las cosas, es importante no abandonar las actividades agradables que realizaba anteriormente.*

RECUERDE...

OFREZCA AL ENFERMO TAREAS
SENCILLAS Y DE SU AGRADO

HAGA QUE SE SIENTA ÚTIL

NO LE CULPE NI INSISTA
CONSTANTEMENTE EN QUE SE ANIME

TRATE DE QUE TENGA
ACTIVIDAD SIN AGOBIARLE

4.4 APATÍA

Una persona apática no tiene interés por lo que le rodea, tiene una falta de respuesta emocional y por tanto, parecen no afectarle las penas ni alegrías de quienes lo rodean, y además nada de lo que ocurre a su alrededor llamará su atención. La apatía se manifiesta también con una pérdida total de iniciativa para cualquier conducta. Esta actitud generalmente hace sufrir a los familiares, que ven que su familiar, que era una persona cariñosa, cercana, con iniciativa y activa, se transforma en alguien indiferente a todo, que no reacciona ni expresa nada.

La apatía debe diferenciarse de la depresión. En la apatía no existen afectos, nada atrae su atención; en la depresión el paciente puede parecer apático porque no muestra interés ni iniciativa, pero existe tristeza, tendencia al llanto, angustia, sensación de impotencia y sentimientos de culpa.

RECOMENDACIONES

- **Evite hacer comentarios continuos sobre su falta de actividad** y criticar al enfermo por su pérdida de interés e iniciativa.
- Si conoce alguna actividad que le resultara agradable anteriormente y sea fácil de realizar, **ayúdele a iniciarla y deje que continúe**. No olvide que nunca saldrá del enfermo hacer nada, debe usted proponer cosas e incluso guiarle al comienzo de la actividad (pero sin forzar).
- Si empieza una tarea y no la termina, no le critique por esto. Es más adecuado **felicitarle por lo que ha hecho** e incluso simplemente por intentarlo.
- **Pida su colaboración** en algunas tareas pero sin llegar a ponerlo nervioso, el nivel de exigencia debe empezar

siendo muy bajo e ir aumentando poco a poco hasta llegar al nivel de actividad que la persona tolere mejor (ej: si consigue que realice una actividad, puede aumentar a dos y a tres, etc., pero debe parar de exigir cuando note que el enfermo se pone nervioso o se niega a colaborar).

- **No le juzgue por su falta de afecto**, por su despreocupación ante los problemas de sus seres queridos, etc. *La persona no tiene culpa, es la enfermedad la que le impide ser como antes.*

RECUERDE...

**NO LE CRITIQUE POR
SU FALTA DE INTERÉS**

**PROPONGA TAREAS Y COMIENCE
CON ÉL ACTIVIDADES QUE LE GUSTEN**

**FÍJESE EN LO QUE HACE
Y NO EN LO QUE NO HACE**

**FELICÍTELE POR CUALQUIER PEQUEÑA
TAREA QUE LLEVE A CABO**

**NO LE RIÑA CUANDO
NO ACABE UNA ACTIVIDAD**

4.5 AGITACIÓN Y AGRESIVIDAD

La agitación es un estado de tensión y ansiedad intenso que se manifiesta con una actividad motora excesiva.

El paciente puede presentar comportamientos como caminar de forma apresurada, moverse nerviosamente, con incapacidad para permanecer sentado, etc. Un episodio de agitación mantenido puede desencadenar en un episodio de agresividad, ya sea verbal o física. La agitación se puede desencadenar por dolor, cansancio, efectos de los medicamentos, frustración, ansiedad, confusión, etc.

RECOMENDACIONES

- *Intente averiguar cuáles son las situaciones desencadenantes (Ej: un nuevo lugar, nueva gente, grupos grandes, mucho ruido, una caída, no saber cómo hacer algo, cansancio, etc.).*
- *No solicite al paciente tareas que estén fuera de su alcance. El fracaso ante una actividad que antes realizaba sin problemas puede ponerle nervioso.*

Una vez que aparece la agitación y/o agresividad:

- **Aparte al paciente de la situación** que ha provocado la reacción de enfado.
- **Reaccione con calma**, sin alterarse, sin gritar; evite discusiones inútiles.
- Pregunte si puede ayudarlo con voz suave e intentando transmitir calma y confianza.
- **No se enfrente ni pida explicaciones** si sabe que no las podrá ofrecer.
- **No haga gestos bruscos ni le toque inesperadamente por detrás.**
- La **prioridad es siempre su seguridad y la del enfermo**. Si está en peligro, pida ayuda.

- Si consigue tranquilizarle, intente distraerle con algo que sepa que es de su agrado y preste atención durante un tiempo.
- Si el paciente no tiene una fuerte complexión e **intenta agredirle**: intente agarrarle por las muñecas mientras le habla serenamente, no forcejee, abrácele en cuanto pueda con firmeza suficiente y háblele calmadamente cerca del oído. No es preciso que diga frases complejas, con frecuencia basta con un susurro tranquilizador cerca del oído.

Una vez más es importante que recuerde que es la enfermedad la que provoca estas reacciones, que el paciente no es capaz de controlar.

RECUERDE...

OBSERVE EN QUÉ SITUACIONES
SE PONE NERVIOSO

APARTE AL ENFERMO DE
LA SITUACIÓN/LUGAR QUE
HA PROVOCADO EL ENFADO

REACCIONE CON CALMA,
NO SE ENFRENTA A ÉL

TOQUE Y HABLE AL ENFERMO CON SUAVIDAD

DISTRÁIGALO CON ALGO DE SU AGRADO

PIDA AYUDA SI ES NECESARIO

4.6 PROBLEMAS DERIVADOS DE LA PÉRDIDA DE MEMORIA

4.6.1 PÉRDIDA DE OBJETOS

El enfermo extravía objetos, no recuerda dónde los ha puesto y suele acusar a otros de habérselos robado o cambiado de sitio. Otras veces, se dedica a esconder los objetos para evitar que se los quiten y después no recuerda en qué sitio los puso.

Ante estas situaciones:

- **Limite el número de lugares** donde pueda esconder objetos, impidiendo que tenga acceso a todas las habitaciones, armarios etc.
- **Disponga un solo sitio** dónde se guarden los objetos personales del paciente (caja personal).
- **Guarde objetos valiosos bajo llave.**
- Haga que resalten los objetos pequeños que se pueden perder fácilmente (ej: llaveros grandes).
- Las personas con demencia necesitan tener **objetos propios** que les hagan sentirse seguros, tales como su propio correo o artículos de aseo personal. **Permita que tenga una cantidad adecuada y moderada** de éstos. Puede darle una bolsa o envase con artículos seguros que él pueda guardar.
- **Identifique los lugares** donde ellos guardan o esconden objetos. Por lo general, las personas con demencia guardan cosas bajo cojines, colchones, en cajones, bolsillos de ropa, y armarios.
- Una vez identificados los lugares donde suelen guardar cosas, **asegúrese de revisarlos de vez en cuando.**
- Siempre que pueda **tenga copias de las cosas importantes** del hogar tales como llaves, documentos importantes, lentes, gafas, etc.
- **Evite quitarle los objetos que ellos guardan cautelosamente;** suele ser mejor **intercambiar el objeto por otro.**

- **Establezca la rutina de guardar las cosas importantes** (gafas, llaves, monedero, etc.) en su sitio (caja personal) cuando llega de la calle y ponga etiquetas que identifiquen el contenido de los cajones que más utiliza.
- Cuando no encuentre algo, no le culpabilice ni intente hacerle recordar. Es mejor ayudarlo a buscar o distraerle con otra cosa.
- Si le acusa de haberle robado siga las instrucciones que se dan en el apartado de delirios.
- Mire el contenido de la basura antes de deshacerse de ésta.
- Procure mantener a las personas con demencia ocupadas en actividades o con otras personas.

RECUERDE...

**ENSEÑE AL ENFERMO A GUARDAR GAFAS,
LLAVES, ETC. SIEMPRE EN EL MISMO LUGAR**

**PONGA LETREROS O ETIQUETAS
EN CAJONES O ARMARIOS**

**PERMITA QUE TENGA Y PUEDA
DISPONER DE OBJETOS PERSONALES**

**GUARDE BAJO LLAVE
LOS OBJETOS MÁS IMPORTANTES**

**NO LE PIDA QUE INTENTE RECORDAR SI NO EN-
CUENTRA ALGO, MEJOR AYÚDELE A BUSCARLO**

4.6.2 ACCIONES REPETITIVAS

Es muy común que una persona con demencia se olvide de lo que dijo o de lo que hizo de un momento para otro. La repetición de actos, palabras y preguntas puede ser muy frustrante para los familiares. En algunas ocasiones, ciertos factores ambientales pueden inducir a preguntas repetitivas (el ver un abrigo, un sombrero o un paraguas sobre un mueble, etc). El hacer una y otra vez la misma pregunta puede significar una forma de expresar o llamar la atención a fin de que le hagan caso o le tomen en cuenta.

El cuidador tendrá más éxito con el manejo de estos comportamientos si sigue estos consejos:

- **No le recuerde que acaba de hacer la misma pregunta** ya que eso puede causar angustia.
- *En algunos casos, puede funcionar no prestar atención a la conducta o la pregunta en cuestión.*
- **Procure no anticipar demasiado el anuncio de lo que vayan a hacer** (como que van a salir a alguna parte dentro de unas dos horas, por ejemplo), ya que esto podrá causarles inquietud. Es mejor que a la misma hora le diga: "Vamos a salir a dar una vuelta".
- *Para eliminar la ansiedad y la incertidumbre sobre cosas ya previstas, podemos utilizar el truco de **poner un cartel** en un sitio muy visible para la persona mayor para disminuir la ansiedad (por ejemplo: 'La cena es a las ocho y media de la tarde').*
- **Responda a la emoción que la persona está expresando, no a la pregunta.** Puede que el individuo simplemente necesite sentirse reconfortado.

- Si responde a una pregunta repetida, use una voz tranquila y frases breves y sencillas.
- Si la pregunta repetitiva tiene que ver con la fecha y la hora del día, se pueden colocar relojes con números claros y grandes y calendarios cerca del enfermo.
- Para reducir los movimientos repetitivos **dé a la persona algo que hacer con sus manos** (darle, por ejemplo, una pelota suave para que la agarre entre sus manos, ropa para doblar o algún objeto para limpiar o lustrar).

RECUERDE...

NO LE RIÑA POR REPETIR
UNA PREGUNTA

PUEDA PONER CARTELES CON LA HORA
DE LA COMIDA, CENA, U OTRAS ACTIVIDADES
QUE SE REPITEN DIARIAMENTE

PONGA RELOJES Y CALENDARIOS
GRANDES DE PARED

NO LE AVISE CON MUCHA ANTELACIÓN
DE UNA CITA O ACTIVIDAD PLANEADA

SI ESTA INQUIETO, DÉLE ALGO
QUE HACER CON LAS MANOS

4.7 TRASTORNOS DEL SUEÑO

Conseguir que la persona con demencia vaya a la cama y encima duerma y no se mueva, es tarea muy difícil. Es frecuente presentar síntomas de lo que se conoce como “inversión de la pauta del sueño”: están despiertos la mayor parte de la noche y duermen durante el día. Esta alteración de conducta es una de las que más repercusión tiene en los cuidadores.

RECOMENDACIONES

- **Evite cenas excesivas** y dele la cena 2-3 horas antes de acostarse como mínimo.
- Ir al servicio antes de acostarse y evite la **toma excesiva de líquidos** antes de dormir.
- Evite el consumo de café, alcohol y bebidas con cafeína por la tarde.
- Mantenga una **temperatura adecuada** en el dormitorio, ni demasiado calor ni demasiado frío.
- Evite colchones excesivamente mullidos.
- **Evite ruidos** y, si es imposible, contrarreste con sonidos monótonos y relajantes (ej: música relajante muy suave con ruidos de la naturaleza).
- **Utilice la cama sólo para dormir**, no se debe comer en la cama ni ver la televisión o leer. La cama debe asociarse sólo y exclusivamente al acto de dormir.
- Si la persona ha descansado bastante durante el día, puede que le sea más difícil dormir en la noche. Se recomienda **hacer un poco de ejercicio**; preferiblemente a media tarde.
- **Evite que la persona duerma hasta tarde por la mañana**. Despierte a la persona temprano y a la misma hora cada día y tenga también una hora fija para acostarla.

- Asegúrese de que **las horas antes de dormir sean tranquilas** para ayudar a que la persona se relaje. Cualquier actividad que pueda causar ansiedad o malestar debe realizarse en otro momento del día.
- **Utilice luces de noche y verjas de plástico** tapando la entrada a escaleras. Esto puede ayudar a evitar accidentes si existen episodios nocturnos de deambulación.
- Deje alguna luz tenue en la habitación y en el pasillo que conduzca al aseo para ayudarle a ver el camino si se levanta de noche.
- Utilice ropa interior diseñada para la incontinencia para prevenir la sensación de humedad, en caso de que lo necesite.
- Cuando se levante confuso, llámele por su nombre, dígame la hora que es y acompáñele a la cama.
- Consulte al médico si nada de esto le sirve, la persona puede necesitar la ayuda de un fármaco para dormir.

RECUERDE...

**ACUESTE Y LEVANTE AL PACIENTE
SIEMPRE A UNA HORA FIJA**

**HAGA CENAS LIGERAS 2-3 HORAS
ANTES DE ACOSTARSE**

UTILICE LA CAMA SÓLO PARA DORMIR

**EVITE RUIDOS O VISITAS
EN LAS HORAS CERCANAS AL SUEÑO**

**UTILICE LUZ TENUE EN
LA HABITACIÓN Y PASILLO**

4.8 DEAMBULACIÓN

Son frecuentes en estos enfermos los episodios en los que deambulan sin objetivo aparente y sin rumbo fijo. Esta conducta entraña peligro cuando el enfermo abandona el hogar por riesgo de tener un accidente o perderse. La deambulación también puede desencadenarse por múltiples causas: desorientación, confusión, la falta de ejercicio, el aburrimiento, miedos, exceso de estimulación, etc.

RECOMENDACIONES

- Pídale a los vecinos que acompañen a la persona a regresar a la casa si la ven caminando afuera sola.
- **Coloque letreros o señales en las puertas** de las habitaciones y el baño, ya que pueden ayudar a orientar a la persona con demencia.
- Evite sitios donde haya muchas personas y donde existan demasiados estímulos.
- **Impida** que la persona con tendencia a deambular **salga sola de casa** siempre que exista riesgo de perderse.
- **No deje a la persona sola en la casa**, busque un acompañante, ya sea un familiar.
- **Instale seguros o candados** que la persona nunca haya usado y procure colocarlos a una altura más alta o más baja que la de su vista.
- **Identifíquelo con una placa o pulsera con su nombre, teléfono y dirección**, por si se perdiera.
- Si los episodios de deambulación surgen más o menos a la misma hora, aproveche para dar un paseo.

- Si los episodios suceden en casa, puede dejarle caminar siempre que se asegure de que no hay peligro ni riesgo de caída (evite alfombras, exceso de muebles, etc).
- Si el riesgo de fuga es elevado, puede ponerle una **pulsera para deambulantes**, un dispositivo que le avisará cuando su familiar se aleje a una determinada distancia de su domicilio. Se trata de un mecanismo parecido a la teleasistencia que ofrecen ya algunos organismos sin ánimo de lucro y empresas de servicios para personas dependientes.

RECUERDE...

EVITE EN LO POSIBLE QUE SALGA SOLO

**PONGA CANDADOS O
SEGUROS EN LAS PUERTAS**

**PROCURE QUE EL ENFERMO
ESTÉ SIEMPRE ACOMPAÑADO**

**IDENTIFIQUE A SU FAMILIAR:
PUEDE USAR COLLAR/CADENA
CON SUS DATOS PERSONALES**

**UTILICE PULSERA DE DEAMBULANTES
SI ES NECESARIO**

4.9 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En las demencias son frecuentes los cambios en la conducta alimentaria, de forma que el apetito puede verse disminuido o aumentado, lo que puede ir asociado a una pérdida o aumento de peso. Muchos pacientes pueden negarse a comer determinados alimentos (que sean poco habituales para ellos), o restringir su dieta a cierto tipo de alimentos. Pueden darse cambios en los gustos: por ejemplo que le apetezca comer dulces u otro tipo de alimentos que antes no eran habituales, etc. También pueden aparecer manías, como querer comer siempre los mismos alimentos o ingerirlos en un orden fijo. Por todo ello es muy importante que reciban una buena alimentación, ya que una dieta no equilibrada puede conducir a un estado de malnutrición con riesgo para la salud.

Los trastornos de memoria pueden ocasionar que la persona se olvide de comer o no recuerde si ya ha comido e insista en comer nuevamente. También hay personas que pueden haber perdido la capacidad para reconocer si un alimento quema demasiado o está frío, o incluso no reconocer si está en mal estado.

Puede alterarse la capacidad para manejar adecuadamente los cubiertos o “perder los modales” en la mesa y comer con las manos o coger la comida del plato de otra persona que está a su lado.

RECOMENDACIONES

- *Trate que **el ambiente durante la comida sea lo más relajado posible**. Evite el exceso de ruidos y ajetreo a su alrededor que puedan perturbarlo o distraerlo.*
- ***Establezca horarios fijos y rutinas** de comidas para evitar en lo posible que el paciente se desoriente u olvide si ha comido.*
- *Trate de que coma en la mesa con el resto de miembros de la familia. A medida que la enfermedad avanza pueden aparecer comportamientos poco apropiados; entonces se recomienda que el enfermo coma antes que los demás, pero en la misma mesa familiar.*

- *Supervise si necesita alguna ayuda y d sela en ese caso.*
- *Si utiliza mal los cubiertos recu rdelo amablemente cómo hacerlo; en caso de mayores dificultades **sustituya el tenedor por la cuchara o dele la comida troceada** para evitar que utilice el cuchillo.*
- **Adapte la comida** a la fase de deterioro en la que se encuentra; pres ntela partida en trozos pequeños si tiene dificultades para masticar. En fases más avanzadas en las que son frecuentes los trastornos de deglución, utilice una dieta blanda a base pur s, papillas, etc. y d sela despacio y en pequeñas cantidades.
- Administre una dieta rica en frutas, verduras y legumbres.
- En caso de pérdida de peso rápida o llamativa o si sospecha que el enfermo no come adecuadamente consulte a su médico; en algunos casos será aconsejable suministrar complementos dietéticos o ajustar la dieta.

RECUERDE...

ESTABLEZCA HORARIOS FIJOS
DE COMIDAS

EVITE LA TELEVISIÓN O
RUIDOS DURANTE LAS COMIDAS

UTILICE LA CUCHARA
SI MANEJA MAL OTROS CUBIERTOS

TROCEE O TRITURE LA COMIDA
SI ES NECESARIO

SI OBSERVA PÉRDIDA DE PESO O TIENE
CUALQUIER DUDA
CONSULTE A SU MÉDICO

4.10 CONDUCTA SEXUAL INAPROPIADA

Los trastornos más frecuentes de la conducta sexual son la disminución del interés sexual o, por el contrario, el incremento moderado de la conducta sexual. La hipersexualidad, desinhibición sexual o las conductas de exhibición del cuerpo están relacionadas con la falta de memoria y la incapacidad para hacer una evaluación crítica del entorno. Con frecuencia el enfermo que presenta estas conductas puede desnudarse en sitios inapropiados, intentar tocar a otras personas o masturbarse en público. El enfermo no suele ser consciente del lugar en que se encuentra y parece haber perdido las normas sociales impuestas.

RECOMENDACIONES

- **Valore el tipo de comportamiento y la situación en la que se da.** *Si el paciente se desnuda en casa delante de su pareja o si lo hace en la calle u otro lugar público, no tendrá la misma repercusión. En el primer caso puede dejar al paciente y en el segundo es mejor intervenir.*
- Ante todo **reaccione con calma**, trate de no darle una importancia excesiva al comportamiento. *Tampoco debe sentir vergüenza ni sentimientos de culpabilidad; no olvide que la conducta es producto de la enfermedad y que el paciente no es responsable de lo que hace.*
- Si el comportamiento es embarazoso **intente llevar al enfermo a un lugar privado, mientras le distrae.**
- Si la conducta se lleva a cabo delante de niños, **intente actuar con naturalidad** para no crear mayor impacto en ellos.

- **No riña al paciente** por la conducta que ha realizado, no es adecuado prestar excesiva atención.
- **Utilice prendas especiales** (pantalones sin bragueta, camisas con cremallera en la espalda, etc.) para evitar conductas exhibicionistas.
- Siempre que aparezca este tipo de conductas **distraiga al paciente**, intente desviar su atención hacia otra cosa.

RECUERDE...

REACCIONE CON CALMA
Y NATURALIDAD

NO LE RIÑA, AVERGÜENCE, NI SE RÍA
SI OBSERVA ESTAS CONDUCTAS

DISTRAIGA AL ENFERMO Y APÁRTELO
HACIA UN LUGAR PRIVADO

UTILICE PRENDAS ESPECIALES
SI ES NECESARIO





[CONSIDERACIONES FINALES]

[5] CONSIDERACIONES FINALES

A modo de resumen, cuando tratemos con enfermos con demencia y trastorno de conducta los puntos más importantes que debemos tener siempre presentes son:

- ▶ Evite reñir al enfermo por su comportamiento. Es importante recordar siempre que la conducta alterada es producto de la enfermedad.
- ▶ Siempre que manifieste un comportamiento muy molesto trate de conservar la calma y distraer al enfermo.
- ▶ Analice las posibles causas que provocan o mantienen una conducta.
- ▶ Mantenga un ambiente tranquilo y establezca horarios y rutinas de actividad.
- ▶ Intente mantener la comunicación con el enfermo.

Y recuerde que siempre que necesite ayuda puede acudir a los profesionales que trabajamos al servicio del paciente con demencia: médico, psicólogo, trabajador social, asociaciones de enfermos, etc.





[BIBLIOGRAFÍA]

[6] BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Matías-Guiu J. Convivir con Alzheimer. Madrid. Panamericana; 2004.
- ▶ Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro cognitivo (PIDEX). Junta de Extremadura; 2007.
- ▶ Pascual y Barles, G. Guía para el cuidador de pacientes con demencia tipo alzheimer. Zaragoza. Certeza; 2000.
- ▶ González Alonso, G. El Alzheimer y otras demencias: guía para familiares y cuidadores. Madrid. Ocu Ediciones; 2005.
- ▶ Strauss, C. Como hablar con un Enfermo de Alzheimer. Buenos Aires. Obelisco 2005.
- ▶ Molly W. La Enfermedad de ALzheimer: una guía práctica para cuidadores y familiares. Barcelona. Paidós; 2002.

Páginas web que contienen información sobre demencias:

- ▶ <http://www.alzheimer-online.org/>
- ▶ <http://www.ceafa.es/>
- ▶ <http://www.demencias.com/>





JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Dependencia